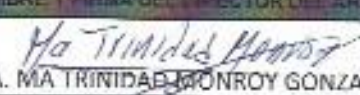




SALVATIERRA

28 1 2020

FORMULARIO	SALDIF-03	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	28	1	2020
I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO:					
CREDENCIAL NACIONAL PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD					
TRÁMITE CREDENCIAL PARA DESCUENTO A PERSONAS CON DISCAPACIDAD					
II. MODALIDAD:					
PRESENCIAL					
III. FUNDAMENTO JURÍDICO DE LA EXISTENCIA DEL TRÁMITE O SERVICIO:					
* LEY PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEL ESTADO DE GUANAJUATO. * REGLAMENTO DEL INSTITUTO GUANAJUATENSE PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. * CONVENCIÓN INTERNACIONAL DE LOS DERECHOS PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD.					
IV. DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS EN QUE PUEDE O DEBE REALIZARSE EL TRÁMITE O SERVICIO Y PASOS PARA LLEVARLO A CABO:					
CREDENCIAL NACIONAL PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD.					
PASOS					
1 - SE INICIA CON EL RECIBIMIENTO DEL USUARIO Y PREGUNTAS DEL TIPO DE TRÁMITE O SOLICITUD QUE DESEA REALIZAR.		4 - POR ÚLTIMO SE LLEVARÁ UN SEGUIMIENTO A TODOS Y CADA UNO DE LOS TRÁMITES YA SEA PARA SU RENOVACIÓN O TÉRMINO YA SEA POR VENCIMIENTO O INCUMPLIMIENTO POR PARTE DEL USUARIO.			
2 - POSTERIORMENTE SE RECIBEN LA DOCUMENTACIÓN DE DICHO TRÁMITE Y SE PROCEDE AL LLENADO DE LOS FORMULARIOS ADECUADOS PARA CADA PROCEDIMIENTO.		5-			
3 - UNA VEZ HECHO LO ANTERIOR SE CANALIZA AL ÁREA RESPECTIVA EN DONDE SE INGRESARÁN LA DOCUMENTACIÓN Y SOLICITUD DEL USUARIO PARA QUE DE ESTA MANERA LA INSTANCIA CORRECTA LA RECIBA Y DE CUMPLIMIENTO A LA SOLICITUD.		6-			
V. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE REQUISITOS:					SI EL REQUISITO NECESITA FIRMA DE VALIDACIÓN, CERTIFICACIÓN, AUTORIZACIÓN O VISTO BUENO SEÑALAR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE LO EMITE.
CEDULA DE REGISTRO DE DATOS: (LLENAR COMPLETA Y CORRECTAMENTE)					INSTITUTO GUANAJUATENSE PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD
CURP					
ACTA DE NACIMIENTO					
COMPROBANTE DE DOMICILIO: (LUZ, AGUA, TELÉFONO) NO MAYOR A DOS MESES					
CREDENCIAL DE ELECTOR: VIGENTE (SI CUENTA CON ELLA O DE LOS PADRES O TUTOR).					
CERTIFICADO MÉDICO: SI LA DISCAPACIDAD ES FÍSICA, YA SEA MUSCULOESQUELÉTICA O NEUROMOTORA QUE SEA EXPEDIDO PREFERENTEMENTE POR UN MÉDICO ESPECIALISTA EN REHABILITACIÓN. SI LA DISCAPACIDAD ES INTELECTUAL, PRESENTAR UN PSICODIAGNÓSTICO COMPLETO CON TEST DE INTELIGENCIA NORMALIZADO, PREFERENTEMENTE EN LA ESCALA DE INTELIGENCIA WECHSLER FIRMADO Y CON CEDULA PROFESIONAL DEL PSICÓLOGO. SI LA DISCAPACIDAD ES VISUAL, PRESENTAR RESULTADOS DE LA VALORACIÓN OFTALMOLÓGICA EN DONDE ESPECIFIQUE EL GRADO DE AGUDEZA VISUAL CORREGIDA, ASÍ COMO EL CAMPO VISUAL. SI LA DISCAPACIDAD ES AUDITIVA, PRESENTAR LA AUDIOMETRÍA Y/O POTENCIALES EVOCADOS CON LOS RESULTADOS.					EL DIAGNÓSTICO MÉDICO EXPEDIDO POR ALGUNA INSTITUCIÓN GUBERNAMENTAL DEL SECTOR SALUD O DE ALGÚN MÉDICO GENERAL O ESPECIALISTA QUE CUENTE CON CHISLA PROFESIONAL VIGENTE

VI. ESPECIFICAR SI EL TRÁMITE O SERVICIO SE PRESENTA MEDIANTE FORMATO, ESCRITO LIBRE, AMBOS O POR OTRO MEDIO						
EL TRÁMITE O SERVICIO SE TRAMITA MEDIANTE FORMATO DIGITAL						
VII. LINK PARA DESCARGA DE FORMATO.		FECHA DE PUBLICACIÓN DEL FORMATO				
https://www.gob.mx/difnacional/_credencializacion-de-las-personas-con-discapacidad-inclusa.guanajuato.gob.mx/ https://sites.google.com/a/guanajuato.gob.mx/credsped-guanajuato/home		13 DE OCTUBRE DE 2016 JUEVES 17 DE ENERO 2017.				
VIII. EN CASO DE SER REQUERIDA, OBJETIVO DE LA INSPECCIÓN, VISITA DOMICILIARIA O VERIFICACIÓN						
NO APLICA.						
IX. DATOS DEL CONTACTO OFICIAL RESPONSABLE DEL TRÁMITE O SERVICIO						
NOMBRE DE SERVIDOR PÚBLICO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO				
REYES LÓPEZ DE LA CRUZ RICARDO CARDO CARDOSO VARGAS	OFICINA: 466631555	revlopez050@gmail.com ricardoso-v@hotmail.com				
SERVICIO	FIGURA JURÍDICA QUE APLICA A SU RESOLUCIÓN					
6 MESES	<table border="1"> <tr> <td>Alternativa Ficta</td> <td>NO</td> <td>Regalía Ficta</td> <td>SI</td> </tr> </table>	Alternativa Ficta	NO	Regalía Ficta	SI	
Alternativa Ficta	NO	Regalía Ficta	SI			
X. PLAZO DE PREVENCIÓN POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD MUNICIPAL		6 MESES				
PLAZO PARA QUE EL SOLICITANTE CUMPLA CON LA PREVENCIÓN		6 MESES				
XI. MONTO DE LOS DERECHOS O APROVECHAMIENTOS Y/O FORMA DE CÁLCULO	ALTERNATIVAS PARA REALIZAR EL PAGO					
SIN COSTO \$	NO APLICA					
XII. VIGENCIA DE LA RESOLUCIÓN QUE SE EMITE						
1 AÑO						
XIII. CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO						
EL TRÁMITE SOLO PUEDE SER REALIZADO POR EL SOLICITANTE PADRE, MADRE O TUTOR.						
XIV. UNIDADES ADMINISTRATIVAS ANTE LAS QUE SE PUEDE PRESENTAR EL TRÁMITE O SERVICIO Y SUS DOMICILIOS						
DEPENDENCIA O ENTIDAD	SISTEMA MUNICIPAL SMDIF.					
ÁREA O DEPARTAMENTO	INCLUSIÓN A LA VIDA EN FAVOR DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD					
DOMICILIO (S)	ZARAGOZA NO. 903. ZONA CENTRO.					
XV. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO						
Lunes a Viernes de 8:00 a 15:30 horas.						
XVI. DATOS Y MEDIO DE CONTACTO PARA CONSULTAS, ENVÍO DE DOCUMENTOS Y QUEJAS.						
DOMICILIO (S)	ZARAGOZA NO. 903. ZONA CENTRO					
TELÉFONO (S)	46631555					
CORREO ELECTRÓNICO (S)	difsalvatierra@prodigy.net.mx					
XVII. LUGARES PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALÍAS EN LA GESTIÓN DEL SERVICIO						
DEPENDENCIA.	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO				
CONTRALORÍA MUNICIPAL	01 466 66 30937 ext. 113	mcontraloria2016@gmail.com				
XVIII. SERVICIO						
EXPEDIENTE DEL USUARIO REFERENTE AL TRÁMITE SOLICITADO						
NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR DEL ÁREA		SELLO DE LA DIRECCIÓN				
 MTRA. MA TRINIDAD RONROY GONZÁLEZ.		